Université d'Alger

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1932 — N° 10

Les CÉSARIENNES ITÉRATIVES BASSES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Avril 1932

PAR

CALLEJA Paul

Né le 18 Février 1902, à Bône (Constantine)

Interne des Hôpitaux

Membres du Jury :

MM. **LAFFONT**, Professeur de clinique obstétricale et puériculture du 1er âge, *Président.*

CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).
} *Juges.*

ALGER

IMPRIMERIE MODERNE

2, Boulevard Laferrière, 2

1932

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1932 — N° 10

Les CÉSARIENNES ITÉRATIVES BASSES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Avril 1932

PAR

CALLEJA Paul

Né le 18 Février 1902, à Bône (Constantine)

Interne des Hôpitaux

Membres du Jury :

MM. **LAFFONT**, Professeur de clinique obstétricale et puériculture du 1er âge, *Président.*

CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).
} *Juges.*

ALGER

IMPRIMERIE MODERNE

2, Boulevard Laferrière, 2

1932

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBLANC (✱, ✠, I. ❦).
Doyen honoraire	HERAIL (✱, I. ❦).
Assesseur	GILLOT (I. ❦),

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	MM. CANGE (✱, I. ❦).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ❦).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✱, ✠, I. ❦).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✱, ✠, I. ❦).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	LAFFONT (✱, ✠, I. ❦).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (✱, ✠, I. ❦).
Clinique médicale	AUBRY (✱, ✠, I. ❦).
Histologie et embryologie	WEBER (✱, ✠, I. ❦).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ❦).
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✱, I. ❦).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✱, I. ❦, O. ✱).
Physiologie	TOURNADE (O. ✱, ✠, I. ❦).
Pharmacie	MUSSO (I. ❦).
Médecine légale	GIRAUD (✱, ✠, I. ❦).
Anatomie	LEBLANC (✱, ✠, I. ❦).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✱, I. ❦).
Physique médicale	PORTES (✱, ✠, I. ❦)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (✱, ✠, I. ❦).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✠, A. ❦).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ❦).
Botanique et matière médicale	FOURMENT. (A. ❦).
Pathologie générale et pathologie médic.	POROT (A. ❦)
Thérapeutique	LEBON (✱, ✠, A. ❦).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✠), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✱, I. ❦), HÉRAIL (✱, I. ❦).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (✱, ✠, I. ❦).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	H. ABOULKER (✱, ✠).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. ❦). FERRARI (I. ❦). MOGGI (✱).
Médecine	N...
Physiologie	HERMANN (✱, ✠, A. ❦).
Anatomie	RIBET (✠. A. ❦).
Chimie médicale	N...
Obstétrique	HOUEL (✱, ✠, A. ❦).
Histoire naturelle pharmaceutique	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse

A LA MÉMOIRE DE MON COLLEGUE JURAMIE

Interne des Hôpitaux

Mort victime du devoir.

A MON PÈRE

Dont la vie, toute de Travail et de Probité, est pour nous le plus beau et le plus noble des exemples.

A MA MÈRE

En témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

DES HOPITAUX D'ALGER

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT

Professeur de clinique obstétricale et de puériculture du 1er âge

Vous m'avez fait le grand honneur de me choisir comme votre assistant. Chaque jour m'apporte une nouvelle preuve de votre bienveillance et de votre confiance. Qu'il me soit permis, aujourd'hui, de vous affirmer ma profonde reconnaissance et mon affectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. CABANES

Professeur d'anatomie médico-chirurgicale
et de médecine opératoire

Nous conserverons le souvenir de la bienveillance que vous nous avez toujours témoignée.

Durant notre internat dans votre service, vous nous avez permis de bénéficier de votre bel enseignement clinique et de votre maîtrise opératoire.

Veuillez nous permettre de vous présenter l'hommage de notre vive gratitude et de vous assurer notre très respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI

Professeur agrégé de pathologie externe
Chirurgien des Hôpitaux

Permettez-moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour l'encourageante sympathie que vous n'avez cessé de me témoigner lorsque j'étais votre assistant et aujourd'hui encore en acceptant d'être un de mes juges.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOUCHER

Professeur agrégé de pathologie externe
Chirurgien des Hôpitaux

En remerciement de l'accueil aimable qu'il nous a toujours réservé et de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire aujourd'hui.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. COSTANTINI

Professeur de clinique chirurgicale

(Externat 1926)
(Internat 1928)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOMBARD

Professeur de clinique chirurgicale infantile

(Internat 1927)

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES ABOULKER

Chirurgien des Hôpitaux

(Internat 1928)
(Internat 1930)

MONSIEUR LE DOCTEUR COCHEZ

Chirurgien des Hôpitaux

(Internat 1927)

MONSIEUR LE DOCTEUR H. ABOULKER

Chargé de cours
à la clinique d'oto-rhino-laryngologie

(Internat 1931)

A MESSIEURS P. GOINARD, SABADINI, VERGOZ

Chirurgiens des Hôpitaux

LES CÉSARIENNES ITÉRATIVES BASSES

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE D'ALGER

INTRODUCTION

Considérée dans ses premières applications, comme un procédé d'exception à employer lorsque la césarienne classique ne pouvait rendre service, la césarienne segmentaire, césarienne basse voit ses indications s'élargir au point d'être acceptée et préférée définitivement à la césarienne classique.

Reconnue suffisante dans les cas dits impurs car elle permettait l'hystérotomie avec succès, là où la césasienne haute ne donnait que des échecs lamentables, la césarienne du segment inférieur gagne de plus en plus du terrain au point de modifier d'une manière radicale le problème de la dystocie.

En 1921, au Congrès de Paris, malgré l'appui de Van Rooy, de Beuttner, d'Aubert et d'Hauch, alors que, Schickelé signalait les avantages de cette nouvelle opération, la conviction des obstétriciens était loin d'être emportée et Couvelaire, en sa qualité de rapporteur, mit fin à ces débats passionnés d'une phrase académique, qu'à distance, on pourrait croire prophétique tant l'avenir lui a apporté une éclatante confirmation...

« En ce qui concerne, dit Couvelaire, les avantages

au point de vue général et au point de vue des limites de l'opérabilité au cours du travail de la C. B.*, l'heure n'est pas venue de porter un jugement. C'est des faits observés que devra se dégager notre opinion. Dans un de nos prochains congrès, la question pourra être reprise à la lumière d'une expérience plus étendue ».

Depuis lors, chacun de nous a observé et agi. La position de la césarienne basse s'est affirmée d'une manière absolue quant aux résultats immédiats. Il est possible sur ce terrain de montrer ses avantages sur la C. H.*.

L'intérêt s'est porté plus particulièremest sur son avenir éloigné car pour s'imposer d'une manière définitive dans l'esprit des accoucheurs, il fallait que ses avantages éloignés fussent aussi intéressants que ses avantages immédiats.

C'est sur ce terrain et plus particulièrement sur la répétition de la C. B., *la césarienne itérative basse,* que réside notre modeste travail.

Y a-t-il intérêt pour l'avenir à pratiquer une césarienne segmentaire plutôt qu'une césarienne haute, lorsqu'on prévoit d'une manière presque absolue la répétition des césariennes ? Oui.

Parce que :

1° La cicatrice d'hystérotomie est de meilleure qualité ;

2° L'acte opératoire est simplifié comme le montrent les nombreux protocoles d'intervention de C. B. ;

---

* C. B. : Césarienne Basse.
* C. H. : Césarienne Haute.

3° Il est enfin possible, dans les cas limites, de pouvoir attendre avec confiance et tenter l'épreuve du travail, et comme dit Paucot : « sans être taxé d'imprudence, on pourra escompter la traversée sous l'influence des contractions utérines, d'une filière osseuse peu spacieuse alors qu'après une C. H., il serait suprêmement dangereux de caresser cet espoir ».

PLAN

Le plan de notre travail est le suivant :

1° *La césarienne itérative basse.* — Ce que disent les auteurs, ce que nous avons nous-mêmes observé ;

2° *La césarienne itérative haute.* — Ce que disent les auteurs. ce que nous avons nous-mêmes observé ;

3° *La césarienne basse après la césarienne corporéale ;*

4° *La césarienne corporéale après la césarienne basse ;*

5° *Valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus césarisé par voie basse ;*

6° *Conduite à tenir dans les césariennes itératives.*

Nous avons enfin terminé notre travail par une revue d'ensemble de la césarienne basse à la Maternité d'Alger.

CHAPITRE I

LA CÉSARIENNE ITÉRATIVE BASSE

La césarienne itérative se présente, en pratique, sous plusieurs aspects différents :

1° Il faut répéter une C. B. sur un utérus déjà césarisé par voie basse ;

2° Il faut répéter une C. H. sur un utérus déjà césarisé par voie haute ;

3° Il faut pratiquer une hystérotomie basse sur un utérus déjà césarisé par voie haute : C. B. consécutive à une césarienne corporéale ;

4° Il faut faire une hystérotomie haute sur un utérus déjà césarisé par voie basse : C. corporéale consécutive à une C. segmentaire.

« Comment se présente dans ses détails d'exécution « et de technique la C. B. lorsque il a été déjà fait une « première ou quelquefois deux C. B. antérieures ? « Quels sont les points sur lesquels l'intervention est « modifiée ?

Wetterwald, dans une étude portant sur 13 cas de césarienne itérative basse, signale que dans la plupart des cas l'intervention est peu modifiée ; les adhérences existent dans la plupart des cas, elles sont lâches. La cicatrice du segment inférieur est à peine visible et se présente sous la forme d'une ligne blanchâtre.

Phaneuf, dans sa statistique beaucoup plus impor-

tante portant sur 175 cas de césariennes itératives basses, dit :

« L'incision sur le segment inférieur réduit consi-
« dérablement la possibilité de rupture de la cicatrice
« dans les grossesses et les accouchements ultérieurs,
« parce que le segment inférieur qui ne se contracte
« pas après l'opération a plus de chances de se réunir
« dans de bonnes conditions qu'une incision du corps
« de l'utérus. La cicatrice s'est trouvée toujours par-
« faite et les adhérences n'ont jamais été une compli-
« cation sérieuse; les adhérences intestinales sont la
« rareté ».

Brindeau, lors de la session extraordinaire tenue à Liège, à l'occasion du Centenaire de l'Indépendance Nationale, dit :

« Le second temps est peu modifié; l'intervention est
« habituellement facile; les adhérences, quand elles
« existent, sont minimes et transparentes ».

Balard, sur 15 césariennes itératives basses, constate 6 fois l'intégrité absolue du segment inférieur au point qu'il était impossible de se rendre compte que la femme ait subi une césarienne antérieure. 6 fois, le péritoine adhérait à l'utérus plus que de coutume; dans un cas, les adhérences étaient tellement importantes qu'il fallut faire une césarienne haute.

Gellé, dans sa thèse inspirée par Paucot, note que le nombre des cas où la césarienne itérative a permis de constater l'intégrité du segment inférieur, dépasse la centaine.

Le Professeur Brouha, de Liège, dans une étude sur la C. B., dit que, d'une manière générale, lors d'une

opération itérative, la seconde intervention est peu modifiée ; les adhérences qui sont la règle après la césarienne itérative haute, sont habituellement minimes après la césarienne itérative basse. Les adhérences n'intéressent presque jamais l'intestin ; la cicatrice utérine est plus élastique et de meilleure qualité.

Telles sont les opinions de quelques auteurs qui ont écrit sur la césarienne itérative basse ; leur nombre est restreint.

Quelles sont les constatations que nous avons nous-mêmes faites en considérant les interventions de césasiennes itératives basses, opérées à la Maternité d'Alger ?

A la Maternité d'Alger, le nombre de césariennes itératives s'élève à 17, qui se répartissent de la manière suivante :

Césariennes itératives basses	9
Césariennes itératives hautes	6
Césariennes basses après césariennes corporéales	2

OBSERVATIONS
DE CÉSARIENNES ITÉRATIVES

OBSERVATION I

N° 867, S — IV. — *G...., 20 ans*

Bassin type transversalement rétréci.

1° Accouchement en 1928, terminé par césarienne basse après épreuve du travail.

Intervention s'est passée sans incident. Les suites opératoires sont normales ;

2° Accouchement Août 1930, terminé par césarienne basse. Anesthésie rachidienne. Scurocaïne 10 centigrammes. Méthode Daniel, de Bucarest.

Protocole opératoire.

Résection de la cicatrice antérieure. La vessie apparaît très nettement remontée sur le segment inférieur. On ne note aucune trace de cicatrice de la césarienne antérieure. Section transversale du péritoine vésico-utérin et décollement très poussé vers le bas. Section longitudinale du segment inférieur. Extraction d'un enfant du sexe masculin du poids de 3 kil. 900. Délivrance artificielle. Suture de l'utérus suivant la technique habituelle. Réfection soignée de la paroi.

Les suites ont été apyrétiques et la femme est sortie de la clinique le quinzième jour.

OBSERVATION II

N° 2.568, S — III. — *C...., 34 ans*

Bassin vicié par luxation bilatérale coxofémorale traumatique.

En 1927, première césarienne supra-symphysaire pour procidence du cordon après épreuve du travail. Suites normales apyrétiques.

Nouvelle grossesse parvenue à terme le 30 Avril 1928. Après épreuve du travail de 15 heures, la présentation restant toujours élevée, on pratique une nouvelle césarienne basse.

Protocole opératoire.

Rachi-anesthésie à la syncaïne 10 centigrammes.

On constate une zone d'adhérences solides entre la vessie et le segment inférieur. Il est très difficile de faire le clivage entre les deux organes ; on y parvient cependant. Incision longitudinale du segment inférieur qui est très épais dans sa partie inférieure. Extraction facile d'un enfant du sexe masculin pesant 3 kil. 800. La rétraction du corps utérin est parfaite. Suture du segment inférieur suivant la technique habituelle. Péritonisation en redingote atypique. Stérilisation de la femme par section des deux troncs après ligature. Enfouissement sous-péritonéal du bout utérin. Fermeture en trois plans sans drainage.

Suites opératoires normales apyrétiques.

OBSERVATION III

N° 1.109, S — IV. — *S....., 32 ans*

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8, 5.

Première grossesse en 1926, terminée par une C. B. après épreuve du travail. Enfant vivant, 3 kil. 500. Suites opératoires normales.

Deuxième grossesse en 1928, terminée par une C. B. après une épreuve du travail de douze heures. La tête n'ayant aucune tendance à l'engagement. — Intervention.

Protocole opératoire.

Absence complète d'adhérences péritonéales. La cicatrice utérine n'est pas visible sur le segment inférieur. Extraction d'un enfant de 3 kil. 650. Suites opératoires normales.

Troisième grossesse en 1930, terminée par épreuve du travail de 6 heures et suivie d'une C. B.

Protocole opératoire.

Anesthésie Rachidienne : Scurocaïne 10 centigrammes. On ne note aucune adhérence de l'utérus à la paroi. Le péritoine viscéral est incisé transversalement. Son décollement est difficile à cause de l'adhérence à la paroi utérine. La vessie est remontée. Le segment inférieur, mis à nu, ne montre aucune trace de cicatrice antérieure. Incision longitudinale et extraction d'un enfant de 4 kilos. Après la fermeture utérine, on ne peut recouvrir la plaie opératoire par le péritoine viscéral. Stérilisation par le procédé de Madlener. Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV

N° 2.823, S — IV. — *D....., 23 ans*

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8,5.

Première grossesse, il y a trois ans, terminée par une césarienne supra-symphysaire. Enfant vivant. Suites normales apyrétiques.

Deuxième grossesse actuelle. Epreuve du travail 12 heures. La présentation restant élevée, on décide d'intervenir. Anesthésie générale à l'éther.

Protocole opératoire.

Incision para-médiane à droite de l'ancienne cicatrice. Le tissu cicatriciel ancien est de minime importance. La vessie est haute et gêne l'incision dans sa partie inférieure. Des adhérences pariéto-utérines sont libérées, l'épiploon présente de petites adhérences à la paroi. L'écarteur étant placé, on incise transversalement le péritoine vésico-utérin. Le décollement se fait facilement sur le segment inférieur mais sur le corps ce décollement est plus laborieux.

L'incision du segment inférieur se poursuit sur le corps utérin. L'extraction d'un enfant du sexe masculin du poids de 4 kil. 300. Délivrance artificielle légèrement hémorragique. Suture du segment inférieur et enfouissement en U. La redingote est assez atypique mais suffisante. Fermeture en trois plans après stérilisation par le procédé de Madlener.

Les suites opératoires sont troublées par une complication pulmonaire. La femme sort guérie 20 jours après l'intervention.

OBSERVATION V

N° 85, S - IV. — *G....., 18 ans*

Bassin coxalgique asymétrique vicié par coxalgie droite en adduction.

Antécédents. — Coxalgie unilatérale droite à l'âge de 8 ans traitée par l'immobilisation en appareil plâtré.

Première grossesse à 16 ans, terminée par une césarienne basse après épreuve du travail. Anesthésie Rachidienne. Enfant vivant, 3 kil. 900. Suites opératoires apyrétiques.

Deuxième grossesse à 18 ans. Vient à la Maternité d'Alger parce qu'elle éprouve de petites douleurs. La poche des eaux est intacte. L'enfant vivant. La présentation n'a aucune tendance à l'engagement. On décide de terminer l'accouchement par une nouvelle C. B.

Anesthésie générale au chloroforme.

Protocole opératoire.

Résection de la cicatrice antérieure. Ouverture haute de la grande cavité qui mène sur le segment inférieur. Très nombreuses adhérences à gauche et à droite unissant le segment inférieur avec la paroi abdominale. Ces adhérences sont lâches et cèdent facilement. Isolement du champ opératoire aux grandes compresses et mise en place de l'écarteur automatique. Examen du segment inférieur permet de noter de très nombreuses adhérences. Le péritoine est épaissi, membraneux. La vessie est très remontée et cachée derrière un voile péritonéal. Incision transversale du péritoine vésico-utérin. Il est possible de tomber sur un plan de clivage qui est poussé le plus loin possible. La lèvre péritonéale supérieure est clivée. Ce clivage est gêné par la présence d'une

bride épiploïque adhérente qui est réséquée entre deux ligatures. On met de la sorte en évidence le segment inférieur. Celui-ci ne porte aucune trace de cicatrice antérieure. Hystérotomie verticale qui conduit sur l'œuf. Les membranes sont ponctionnées et il sourd un liquide ammiotique de quantité supérieure à la normale. Le fœtus se présente par la face. L'opérateur est obligé de se dégager vers le haut et d'inciser le corps utérin pour pouvoir dégager la tête fœtale. Mise en place du petit forceps de Pajot. Extraction du fœtus. Délivrance artificielle facile quoiqu'avec membranes un peu adhérentes. On note, à ce moment, une hémorragie assez importante qui cède aux injections intra-musculaires d'Ergotine. On procède à la suture du segment inférieur par des points séparés et par des points de couverture. La réfection péritonéale en redingote est rendue difficile par de nombreuses adhérences existantes. Il est possible de fixer la lèvre supérieure de l'incision péritonéale à la vessie et la lèvre inférieure est remontée par dessus. Stérilisation par le procédé de Madlener. Réfection soigneuse de la paroi en trois plans au catgut. Suites opératoires normales.

OBSERVATION VI

N° 2.964, S — III. — *A....., 25 ans*

Bassin transversalement rétréci. Promontoire accessible.

Première grossesse il y a trois ans, terminée par une C. B. après épreuve du travail. Cette intervention, dont les suites ont été normales, a permis l'extraction d'un enfant du sexe féminin du poids de 3 kil. 400.

Dix mois après, fausse-couche spontanée de un mois et demi.

Troisième grossesse actuelle évoluant jusqu'au terme. Le travail se déclanchant, on attend huit heures de travail et devant le défaut d'engagement de la présentation, on décide d'intervenir par C. B.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. Ablation du tissu cicatriciel de l'incision précédente. La cavité péritonéale est prudemment ouverte vers le haut de l'incision. On trouve des adhérences unissant l'utérus à la vessie et à la paroi. L'épiploon envoie des prolongements à ce bloc d'adhérences. On détache à la compresse la paroi de l'utérus de la vessie. On sectionne au ciseau et on poursuit l'intervention. Extraction d'un enfant du sexe féminin du poids de 3 kil. 300. Les suites opératoires sont normales.

OBSERVATION VII

N° 3.324, S — III. — *S....*, 37 *ans*

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8,3.

Première grossesse à 31 ans, terminée par accouchement prématuré provoqué à huit mois. Enfant vivant, décédé de coqueluche à deux mois.

Deuxième grossesse à 33 ans, terminée par césarienne supra-symphysaire, enfant vivant. Suites opératoires normales.

Troisième grossesse actuelle. Epreuve du travail 5 heures. Césarienne supra-symphysaire itérative. Anesthésie rachidienne.

Protocole opératoire.

Excision de l'ancienne cicatrice. Décollement facile du péritoine après incision transversale. Le segment inférieur ne présente aucune cicatrice. Section longitudinale du segment inférieur. Extraction manuelle d'un enfant du sexe masculin du poids de 4 kil. 050. Délivrance artificielle suture en trois plans de la plaie utérine. Suites opératoires normales.

OBSERVATION VIII

N° 3.569, S — IV. — *O...., 22 ans*

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8,5.

Première grossesse, il y a deux ans, terminée par une C.B. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Deuxième grossesse actuelle, terminée par C. B., après 18 heures de travail.

Protocole opératoire.

Anesthésie Rachidienne. Scurocaïne 10 centigrammes. Excision de la cicatrice cutanée. A l'ouverture du ventre. on ne trouve pas d'adhérences à la paroi. Décollement facile du péritoine viscéral. Le segment inférieur paraît intact et on ne note aucune cicatrice. L'intervention est très facile et il est possible de refaire une repéritonisation presque complète en redingote. Fermeture de la brèche utérine. Les suites opératoires sont troublées au douzième jour par la présence d'une phlébite du membre inférieur droit.

OBSERVATION IX

N° 3.582, S — IV. — *G....., 24 ans*

Bassin transversalement rétréci.

Première grossesse 1928, terminée par césarienne basse après 30 heures de travail. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Deuxième grossesse 1930, terminée par C. B. après 20 heures de travail. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Troisième grossesse 1932. Epreuve du travail de 24 heures pendant laquelle la femme est observée. L'engagement n'étant pas réalisé, la tête débordant la symphyse, on décide d'intervenir.

Protocole opératoire.

Anesthésie Rachidienne Scurocaïne 10 centigrammes. Excision de l'ancienne cicatrice cutanée. L'ouverture du ventre est pratiquée au voisinage de l'ombilic. La vessie apparaît fixée très haut sur le segment inférieur. Incision transversale du péritoine et dissection qui permet le décollement de la vessie et du segment inférieur. Ce segment est dégagé et on ne perçoit aucune cicatrice, mais à la main, on sent une zone rétractile au niveau de la partie médiane de la cicatrice. Incision du segment inférieur que l'opérateur est obligé de porter sur le corps utérin. Extraction d'un enfant du sexe masculin de 4 kil. 850. Délivrance suivie d'hémorragie importante. La repéritonisation est faite aussi complète que possible. Stérilisation suivant le procédé de Madlener.

Telles sont les neuf observations de césariennes itératives basses qu'il nous a été donné d'observer dans le Service de notre Maître, le Professeur Laffont.

L'intérêt de l'étude de la césarienne itérative se montre dans l'examen des constatations observées au cours des interventions. Dans ces neuf cas de césariennes itératives basses, on a pu constater :

7 fois l'absence presque complète de cicatrice sur le segment inférieur ;

1 fois la cicatrice s'est présentée sous la forme d'une ligne blanchâtre ;

1 fois dans une césarienne réitérative, la cicatrice peu visible se sentait cependant au doigt.

Les adhérences qui constituent de beaucoup la difficulté opératoire la plus communément observée, ont été pour la plupart des adhérences lâches, quelquefois épiploïques (deux cas) unissant le segment inférieur à la paroi. Les adhérences, si elles ont augmenté la difficulté opératoire, n'ont pas été d'un ennui considérable cependant.

Une constatation presque toujours remarquée a été l'ascension de la vessie. Cette ascension est normale car dans le procédé opératoire que nous employons, procédé de Krœnig-Beck vulgarisé par Brindeau, nous fixons le lambeau péritonéal qui tient la vessie plus haut qu'à sa place normale. Cette situation haute de la vessie est due au procédé de réfection dit « en redingote ».

La vessie s'est trouvée dans plusieurs cas quelque peu adhérente à la paroi du segment inférieur et la dissection entre les deux organes ne rappelle en rien la facilité de l'intervention princeps. Cette dissection

dans plusieurs cas n'ayant pu être complètement poussée vers le bas, l'opérateur a été conduit à entamer le corps utérin de façon à ce que la brèche utérine permette le libre passage du fœtus. Cette section supplémentaire du corps ne s'est d'ailleurs accompagnée d'aucune hémorragie importante.

Il nous paraît plus indiqué d'agrandir la brèche utérine vers le corps et non pas vers le bas, car la vessie qui reste malgré tout adhérente pourrait être blessée. Après plusieurs césariennes, l'hystérotomie n'est plus segmentaire mais mixte, segmentaire et corporéale.

La dissection des adhérences ne s'accompagne pas d'hémorragie importante, et d'ailleurs, les complications veineuses ne sont pas plus importantes après la césarienne itérative basse qu'après la C. B. princeps.

La fermeture du segment inférieur ne présente pas d'intérêt spécial. Dans les neuf cas que nous présentons, la cicatrice utérine ne paraissant presque pas, nous n'avons pas jugé utile de pratiquer de résection prophylactique de la cicatrice.

Enfin, il est difficile de pouvoir terminer l'intervention par une réfection péritonéale classique en redingote et l'opérateur fait habituellement ce qu'il peut comme recouvrement péritonéal.

C'est en somme la vessie qui complique l'intervention dans la césarienne itérative basse. Cette ascension vésicale doit être bien connue car elle oblige l'opérateur à ouvrir la cavité péritonéale haut presque au voisinage de l'ombilic de façon à être parfaitement sûr de ne pas blesser l'organe.

En résumé, nos constatations personnelles permettent de dire avec les auteurs précités que dans la césarienne itérative basse, les segments inférieurs présentent assez peu souvent de trace de cicatrice. L'intervention est peu modifiée dans ses temps.

CHAPITRE II

LA CÉSARIENNE ITÉRATIVE CORPORÉALE

Il est un point sur lequel on ne saurait trop insister c'est la nécessité de l'extériorisation utérine au cours de la césarienne itérative haute.

C'est là un point capital. Brindeau, dans son ouvrage, dit : « au moment de sortir l'utérus, la main sera introduite entre l'organe et la paroi pour juger de l'importance des adhérences. Le plus souvent, il faudra les sectionner entre deux ligatures et même réséquer une portion d'épiploon ».

Brindeau, Couvelaire, citent des cas où la symphyse utéro-pariétale était telle qu'il fallut inciser latéralement, ou passer directement à travers la zone adhérente.

« Les adhérences à l'intestin sont plus graves, dit Brindeau, il faut souvent les libérer au ciseau et pratiquer une hémostase soignée. L'intestin est parfois collé en avant de l'utérus; cette position a pu provoquer la déchirure d'une anse, d'où : résection de l'anse sectionnée.

Nombreux sont les auteurs qui parlent de ces adhérences intestinales fréquentes après la césarienne itérative haute.

Déjà, en 1904, Mlle Hélène Gorodmienska écrivait

que les adhérences après les césariennes hautes étaient la règle.

Marioton, dans un travail de la clinique Tarnier. donne le tableau suivant :

Adhérences diverses		Ad. utéro-abdominales	Ad. intestinales
Pinard	75 °/₀	37 °/₀	12,5 °/₀
Bar	75 °/₀	33 °/₀	12 °/₀
Brundeau....	85 °/₀	42 °/₀	14 °/₀

De Gondy-Prepeln, note sur sept cas de césariennes itératives :

4 fois adhérences pariéto-épiploïques ;
1 fois adhérences par brides ;
1 fois adhérences par brides utéro-pariétale ;
1 fois absence d'adhérences.

Morisson Lacombe, relève 2 cas de symphyse utéro-pariétale complète.

Dans un cas, Audebert fut obligé de sculpter au ciseau la face antérieure de l'utérus.

Nos constatations personnelles portent sur six cas de césariennes itératives hautes.

OBSERVATION I

N° 289, S — III. — *G....., 26 ans*

Bassin rétréci P.P.M. 8,5.

Premier accouchement 1920 : Basiotrypsie ;

Deuxième accouchement 1923, terminé par C. classique avant tout travail. Enfant vivant. Suites opératoires normales ;

Troisième accouchement 1926, terminé par une C. classique itérative.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. On note simplement quelques adhérences du grand épiploon qui sont libérées sur le fond et la face antérieure de l'utérus.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION II

N° 2.107, S — III. — *P....., 23 ans*

Bassin du type aplati dans le diamètre antéro-postérieur.

La première grossesse de cette femme, en 1920, s'est terminée par une application de forceps suivie de basiotrypsie. Les suites opératoires ont été compliquées par l'apparition d'une fistule vésico-vaginale nécessitant une intervention.

La deuxième grossesse en 1923, s'est terminée par une C. classique au début du travail. Enfant vivant du poids de 3 kil. 400. Suites opératoires normales.

La troisième grossesse, en 1926, se termine par une césarienne itérative classique avant tout début du travail.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. Incision losangique qui englobe l'ancienne cicatrice. Extériorisation assez pénible de l'utérus sur lequel l'épiploon a contracté des adhérences assez lâches au niveau de l'ancienne cicatrice. La paroi est également adhérente avec la partie moyenne de la face antérieure de l'utérus.

OBSERVATION III

N° 1.680, S — III. — *E......, 28 ans*

Bassin cyphotique.

Antécédents. — Mal de Pott, dorso-lombaire à 4 ans.

En 1925, première grossesse terminée par une césarienne corporéale. Suites normales apyrétiques. Enfant vivant, 2 kil. 500.

En 1926, avortement spontané à 4 mois.

En 1927, troisième grossesse actuelle.

Cette grossesse, qui a évolué normalement, s'est terminée par une césarienne corporéale itérative dès l'apparition des premiers signes du travail.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice. Dès l'ouverture du ventre, on tombe sur de nombreuses

adhérences utéro-épiploïques que l'on sectionne pour arriver à l'extériorisation de l'utérus.

Section de l'utérus. Extraction de l'œuf (Procédé de Fournier). Enfant du sexe masculin de 3 kil. 900. Délivrance artificielle, suture de l'utérus. Section des trombes entre deux ligatures. Suture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires ont été normales.

OBSERVATION IV

N° 4.315, S — III. — *G....., 26 ans*

Bassin rétréci du type aplati. Promontoire accessible.

Diamètre de Baudelocque	18	C/M
— Bisépineux........	23	»
— Bicrétal..........	24	»
— Blischiatique......	10	»
P. P. M......................	9	»

Première grossesse, il y a cinq ans, terminée une césarienne corporéale. Extraction d'un fœtus de sexe masculin du poids de 3 kil. 800. Suites opératoires normales.

Nouvelle grossesse actuelle terminée par une césarienne corporéale itérative. Opération faite avant tout début de travail.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. Résection de la cicatrice cutanée primitive. Incision sus et sous-ombilicale. On tombe sur un utérus qui est extériorisé et qui est

incisé en dehors de la cicatrice primitive qui paraît être de bonne qualité. L'incision utérine conduit sur la placenta. Extraction de l'enfant. Suture de l'utérus par trois plans à la soie et au catgut. Stérilisation des trompes par section entre deux ligatures. Les suites opératoires sont compliquées. Décès au cinquième jour par péritonie. Hémoculture positive au staphylocoque.

Cette complication paraît assez peu explicite étant donné que la femme fut opérée avant la rupture des membranes.

OBSERVATION V

N° 8.629, S — II. — *D....., 28 ans*

Bassin asymétrique généralement rétréci.

Première grossesse terminée par une césarienne corporéale. Suites opératoires normales.

Deuxième grossesse terminée par une césarienne corporéale itérative avant tout début de travail. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Troisième grossesse actuelle terminée par une césarienne corporéale avant tout début du travail.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. La cicatrice utérine est adhérente à la paroi. L'opérateur est obligé de pratiquer une dissection de la paroi antérieure de l'utérus avant d'extérioriser l'organe. Résection de l'ancienne cicatrice utérine qui est visible. Extraction d'un enfant du poids de 3 kil. 400. Suture de la paroi utérine en

trois plans. Section des trompes après ligatures. Réfection soignée de la paroi abdominale.

Les suites opératoires sont troublées par une hémorragie grave au troisième jour nécessitant une transfusion sanguine.

OBSERVATION VI

N° 392, S — III. — *D......*, 21 *ans*

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8,5.

Première grossesse, à 18 ans, terminée par une césarienne corporéale. Enfant du sexe masculin du poids de 3 kil. 250. Suites opératoires normales.

Deuxième grossesse actuelle terminée par une césarienne itérative corporéale avant tout début de travail.

Protocole opératoire.

Rachi-anesthésie à la scurocaïne 10 centigrammes. Résection de l'ancienne cicatrice cutanée. Incision sus et sous-ombilicale. En ouvrant la paroi abdominale, on s'aperçoit que la cicatrice utérine est adhérente à la cicatrice pariétale sur presque toute sa longueur. On finit par trouver la cavité abdominale libre très haut, près du fond de l'utérus. L'incision de la césarienne antérieure avait porté sur la face antérieure du corps utérin. Après protection de la cavité péritonéale, on incise suivant le trajet de l'ancienne cicatrice utérine. Sur l'incision de la cicatrice, on trouve une paroi très amincie. L'incision même sur le placenta. On tente une

énucléation de l'œuf suivant le procédé de Fournier. Mais, les membranes très adhérentes se rompent et l'enfant est retiré par les membres inférieurs qui se présentent dans la plaie utérine. L'enfant crie immédiatement, la délivrance est poursuivie. Des membranes très adhérentes dans le segment inférieur sont extraites à la compresse assez difficilement. Fermeture de la paroi utérine à la soie plate n° 3 après résection du tissu cicatriciel. On stérilise la femme par section des trompes entre deux ligatures. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites opératoires normales.

Telles sont les six observations de césarienne itératives corporéales que nous avons eu l'occasion d'observer dans le Service de notre Maître, le Professeur Laffont. Presque dans toutes ces observations, on note la difficulté de l'extériorisation de l'utérus. Les adhérences se sont toujours montrées très importantes, soit utéro-pariétales, soit utéro-épiploïques. Nous n'avons pas noté d'adhérences intestinales.

La cicatrice utérine a toujours été retrouvée au cours de l'intervention itérative. La nouvelle incision utérine a été portée en dehors de l'ancienne. Dans quelques cas, l'opérateur a été conduit à la résection de l'ancienne cicatrice suivie de fermeture de la brèche utérine.

Nous voyons donc de cette étude comparative portant sur 15 cas de césariennes itératives dont neuf césariennes basses et six césariennes hautes que :

La césarienne itérative basse est une intervention d'exécution plus simple et surtout moins choquante que la césarienne itérative haute. Les adhérences sont moins fréquentes dans la césarienne itérative haute et tout particulièrement les adhérences intestinales.

CHAPITRE III

LA CÉSARIENNE BASSE APRÈS LA CÉSARIENNE CORPORÉALE

L'étude comparée des constatations opératoires des césariennes itératives hautes et basses est en faveur de cette dernière. Il vaut beaucoup mieux répéter une césarienne par la voie basse plutôt que par la voie haute.

Mais comment donc nous comporter en présence d'un utérus déjà césarisé par voie haute quand l'indication de la césarienne se pose ?

Convient-il de répéter la césarienne sur le fond utérin ?

Convient-il d'abandonner cette voie et opérer par voie basse. ?

La question s'est déjà posée pour de nombreux opérateurs, et il semble qu'elle soit à peu près définitivement tranchée, du moins dans l'esprit de certains.

Brouha, de Liège, apporte une statistique de 25 cas de césariennes basses après césarienne corporéale. Il note que l'intervention n'a présenté aucune difficulté appréciable. L'opérateur n'a eu qu'à se louer d'avoir adopté ce nouveau siège d'hystérotomie. Le segment inférieur, qui est intact, ne présente aucune adhérence et, il n'y a, à proprement parler, aucune difficulté opératoire.

Larribère, d'Oran, cite une observation de césarienne

basse faisant suite à une césarienne corporéale dans laquelle les adhérences que cette dernière avait créées ont, en quelque sorte, facilité la seconde intervention itérative qui fut réalisée en dehors du péritoine.

Nous avons nous-mêmes deux observations inédites à rapporter de césarienne basse après césarienne corporéale.

OBSERVATION I

N° 2.925, S — III. — *L....., 20 ans*

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8,5.

Première grossesse, à 17 ans, terminée par césarienne corporéale. Suites opératoires normales.

Deuxième grossesse terminée par césarienne suprasymphysaire avant tout début du travail.

Protocole opératoire.

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Incision transversale du péritoine vésico-utérin. Section longitudinale du segment inférieur. Extraction facile en présentation de la face d'un enfant de sexe masculin pesant 3 kil. 900. Délivrance artificielle. Suture en deux plans au catgut du segment inférieur. Sur la demande de l'opérée, stérilisation par section des trompes. Suture soignée et réfection de la paroi en trois plans. Suites opératoires normales.

OBSERVATION II.

N° 1.596, S — IV. — *L....., 31 ans*

Bassin rétréci du type généralement aplati P.P.M. 9

Cette femme a un passé obstétrical chargé. Quatre grossesses antérieures dont les deux premières ont été terminées par basio-trypsie. La troisième grossesse suivie s'est terminée par une opération césarienne corporéale (Professeur Fabre, de Lyon).

Le 17 décembre 1918, cette femme entre à la clinique obstétricale d'Alger, avec une quatrième grossesse à terme. Il est pratiqué une césarienne corporéale dont les suites ont été apyrétiques. Le 7 janvier 1931, cette femme entre à nouveau à la clinique obstétricale d'Alger. Elle est à terme. L'enfant est vivant, les membranes ne sont pas rompues.

M. le Professeur Laffont décide de terminer la grossesse par césarienne supra-symphysaire et de stériliser la femme.

Protocole opératoire.

Anesthésie rachidienne à la scurocaïne 10 centigrammes. La parotomie sus et sous-ombilicale après résection du tissu cicatriciel des anciennes cicatrices opératoires.

On constate de très nombreuses adhérences solides entre le muscle utérin et la paroi abdominale.

Le décollement est très difficile et saigne d'une manière importante.

Section transversale du péritoine utérin qui conduit après dissection sur la face antérieure du segment inférieur et de la partie basse du corps utérin. Celui-ci

porte la trace visible des deux hystérotomies antérieures. On resèque la cicatrice opératoire corporéale et on incise partiellement le segment inférieur.

Extraction après ponction des membranes d'un enfant du sexe masculin du poids de 3 kil. 500. Délivrance artificielle. Suture du muscle utérin à la soie sur le corps et au catgut sur le segment inférieur. Il n'est pas possible de pratiquer la suture péritonéale en redingote. On enfouie la plaie utérine le mieux que l'on peut sous le péritoine.

On stérilise la femme par le procédé de Madlener. Réfection soignée de la paroi en trois plans au catgut.

Suites opératoires normales.

En résumé, la facilité d'exécution de la césarienne basse, après la césarienne corporéale, doit faire adopter cette nouvelle voie par l'opérateur.

D'ailleurs, on peut dire que rares seront les cas où cette éventualité se présentera car les indications de la voie haute se restreignent de plus en plus. Le prœvia, qui restait la forteresse de la césarienne haute, est de plus en plus traitée par la voie basse malgré l'insertion basse du placenta.

Malgré les critiques nombreuses que la voie basse a suscitées dans le traitement du placenta prœvia :

1° Augmentation de l'hémorragie opératoire ;

2° Insuffisance de formation du segment inférieur ;

3° Insuffisance de solidité de la cicatrice ;

on ne peut nier la valeur protectrice évidente de la voie basse contre la péritonite secondaire.

Les indications donc de la voie haute se restreignant, de plus en plus, la césarienne basse, après la césarienne haute, se verra de moins en moins.

En tous cas, si l'éventualité se présente, l'itérative haute est à rejeter et il faut opérer par voie basse.

CHAPITRE IV

LA CÉSARIENNE CORPORÉALE APRÈS LA CÉSARIENNE BASSE

Nous avons vu combien peu fréquentes étaient les adhérences après la césarienne basse. Cependant, la règle n'est pas absolue ; il nous a été possible de retrouver des observations où les adhérences étaient telles que l'opérateur avait été conduit à laisser la voie basse pour faire une césarienne corporéale.

Balard, cite une observation où il fut obligé, après une césarienne basse, de faire une césarienne corporéale à cause des nombreuses adhérences qu'il constata au niveau du segment inférieur et qui rendaient l'itérative basse impossible.

Duvillier et Palliez citent l'observation suivante :

Bassin généralement rétréci P.P.M. 8,5.

Premier accouchement janvier 1925. Version par manœuvres internes. Enfant mort.

Deuxième accouchement terminé par césarienne basse. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

Troisième accouchement terminé par césarienne basse après huit heures de travail.

On note quelques adhérences au niveau du segment inférieur. Les suites opératoires sont parfaites.

Quatrième grossesse terminée par césarienne.

Le protocole opératoire note qu'il existait au niveau du segment inférieur des adhérences nombreuses. L'épiploon était venu s'accoler au péritoine du segment inférieur. Sa libération aurait occasionné des délabrements tels qu'il eut été impossible de pratiquer par la suite une restauration convenable du péritoine. Section du corps utérin suivie d'hystérectomie subtotale.

Nous voyons donc que l'on peut, lors d'une césarienne itérative, se trouver en présence d'adhérences très développées rendant irréalisable une intervention sur le segment inférieur. Dans ce cas, la voie haute reste encore comme suprême ressource. Il paraît prudent d'en terminer avec les grossesses ultérieures possibles, par stérilisation.

CHAPITRE V

VALEUR ANATOMIQUE ET PONCTIONNELLE DE L'UTÉRUS CÉSARISÉ PAR VOIE BASSE

Nous voyons que l'opération itérative basse est simplifiée par l'absence d'adhérences et surtout d'adhérences intestinales. Cette intervention est moins choquante parce qu'elle ne nécessite pas une extériorisation de l'utérus.

La cicatrice est plus souple, moins apparente, quelquefois inapparente. La cicatrice est aussi beaucoup plus résistante.

Le segment inférieur, siège de l'hystérotomie dans la césarienne basse, peut être considéré comme un élément transitoire qui apparaît avec la grossesse et qui disparaît après l'accouchement. Physiologiquement, il ne contribue pas à expulser le mobile fœtal, il se laisse au contraire dilater.

Il est passif, le corps au contraire puissant est l'agent de la contraction utérine. Le segment inférieur est un organe atopographie pelvienne. Il est loin des anses et de la cavité péritonéale. Peut-être cette situation pelvienne explique-t-elle le peu d'importance des adhérences intestinales... Peut-être aussi ce caractère transitoire du segment inférieur.

L'utérus présente, après une césarienne basse, une reconstitution anatomique parfaite. Gaifami a pu cons-

tater par un examen microscopique une reconstitution complète.

Hauch a mentionné l'observation d'une femme morte de cancer de l'estomac dix mois après une césarienne basse.

Un examen microscopique minutieux de l'utérus ne permit de constater aucune cicatrice, le tissu musculaire étant parfaitement normal.

Nos recherches personnelles nous ont permis de vérifier cette notion. Les coupes anatomiques du segment inférieur prélevées au cours des césariennes itératives, nous ont toujours montré une reconstitution à peu près complète. L'élément musculaire lisse domine, quelques travées conjonctives se voient sur les coupes.

Du point de vue fonctionnel, le comportement de l'utérus est également satisfaisant. La possibilité d'accouchement spontané par les voies naturelles et surtout la possibilité de pouvoir dans les bassins limites tenter l'épreuve du travail sont des arguments qui plaident en faveur de la résistance de la cicatrice dans la césarienne basse.

Cette épreuve du travail, après césarienne basse, a pu être poussée très loin et sans danger :

Keller 18 heures, Phaneuf 19 heures.

Hauch a pu, après 35 heures de travail, obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme déjà césarisée par voie basse.

Nous-mêmes, à Alger, avons pu tenter l'épreuve du travail jusqu'à un maximum de 24 heures.

Est-ce à dire que la cicatrice de l'hystérotomie segmentaire soit à l'abri de tout reproche ? Non.

Gelle cite 22 observations de rupture de l'utérus après césariennes basses.

Wetterwald trouve dix cas de rupture sur 3.600 césariennes basses, soit un pourcentage de 0.28 %.

Greenhill, remarquant ce chiffre trop élevé, publie en 1929, une statistique de 11 cas de rupture sur 25.000 césariennes basses. Depuis cette date, Rubin, dans sa thèse, a pu recueillir 15 autres observations portant sur un très grand nombre de césariennes basses.

Les auteurs insistent sur la prédisposition à la déchirure quand l'indication de la césarienne basse a été le placenta prœvia. Rappelons que le chiffre moyen de rupture après la césarienne corporéale est de 4 % au minimum.

De la répétition des césariennes.

Le nombre des césariennes que l'on peut répéter sur une même femme peut être élevé. On a pu recommencer six fois l'opération césarienne sur une même femme. Brindeau, dans son traité, dit :

« Nous avons l'habitude de lier les troncs au bout de la troisième ou quatrième opération, lorsque la malade demande à être stérilisée. C'est avant tout l'avis de la parturiante qui domine ».

Le procédé de stérilisation qui est employé dans le service de M. le Professeur Laffont est celui de Madlener :

La technique simple de cette intervention est préférée à la section. Cette technique est rapportée dans le rapport présenté par notre Maître, le Professeur Laffont, au sixième Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française :

L'opérateur saisit la trompe avec une pince là où elle est mobile, c'est-à-dire en son milieu. Il la tire vers le haut de façon à la couder à angle droit; de l'autre main, il pose alors l'entérotribe de Doyen, tout contre la pointe de la première pince.

Les deux bras de la trompe saisis en même temps qu'une petite pointe de méso-salpynx sont serrés et écrasés jusqu'à réduction à l'épaisseur d'une feuille de papier. On relève ensuite l'écraseur et pendant que, la pince maintient encore la trompe, on pose une ligature solide à la soie au niveau de l'écrasement.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR DANS LES CÉSARIENNES ITÉRATIVES

Envisageons la première éventualité qui peut se présenter : La femme a été déjà césarisée par voie basse, l'indication d'une nouvelle césarienne se posant, c'est la voie basse qu'il faut adopter.

L'hystérotomie segmentaire sera recommencée en tenant compte des particularités sur lesquelles nous avons attiré l'attention :

1° Siège anormalement haut de la vessie ;

2° Nécessité d'un décollement poussé vers le bas ;

3° Réfection péritonéale dans la mesure du possible;

L'hystérotomie segmentaire sera renouvelée à chacune des grossesses, et la stérilisation de la femme sera pratiquée, au bout de la troisième ou quatrième grossesse, sur la demande de la parturiante.

Dans le cas d'adhérences trop marquées, et s'il n'est pas possible de pouvoir libérer le segment inférieur, il faudra s'adresser à la voie haute et pratiquer une césarienne corporéale.

Dans la deuxième éventualité, la femme a déjà été césarisée par voie haute. L'indication d'une nouvelle césarienne se posant, il faut abandonner cette voie et s'adresser à la voie basse qui restera la solution des césariennes ultérieures.

Telle nous paraît être la conduite la plus logique à adopter dans la pratique des césariennes itératives.

Entre plusieurs interventions, il convient de choisir celle qui paraît le mieux conserver les intérêts de la femme qui se confie à nous. Il faut savoir abandonner une ligne de conduite lorsqu'une solution meilleure peut être adoptée.

L'étude que nous venons de faire nous permet d'affirmer que la césarienne itérative basse est une opération d'exécution plus facile et moins choquante pour l'opérée. La césarienne itérative basse doit être donc préférée à la césarienne itérative haute.

Envisagée sur le terrain de la répétition des césariennes, la césarienne basse montre sa supériorité sur la césarienne haute. L'accueil bienveillant qu'elle a rencontré partout non seulement dans ses résultats immédiats, mais encore dans ses possibilités éloignées, justifie pleinement le qualificatif d'opération «classique».
En un mot, elle paraît être cette autre méthode d'intervention que souhaitait, en 1909, le Professeur Couvelaire, au Congrès de la Société Obstétricale de France.

LA CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE A LA MATERNITÉ D'ALGER

La césarienne supra-symphysaire a été importée à Alger par notre Maître, le Professeur Laffont. La première césarienne date du 7 février 1926. Antérieurement à cette date, seule la césarienne classique était pratiquée.

Le nombre des césariennes basses, exécutées à la Maternité d'Alger du 7 février 1926 à nos jours, s'élève à 107.

Le nombre des césariennes hautes est, par contre, réduit.

Les indications de la césarienne basse, tout en tendant à se multiplier et à se diversifier sont cependant pour la plupart toujours classiques : Rétrécissement pelvien, tumeur prœvia, procidences diverses, anomalie de la dilatation, etc...

L'insertion basse du placenta est également de plus en plus traitée à la Maternité d'Alger par l'hystérotomie basse. D'abord limitée au prœvia des primipares, l'indication s'étend de plus en plus avec succès.

La question de l'anesthésie nous semble mériter particulièrement notre attention. Au début, l'anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme était la règle. Ce mode d'anesthésie n'a pas été sans nous donner parfois des ennuis au point de vue de l'hémostase en raison de l'inertie utérine qu'il est susceptible de créer ou tout au moins de favoriser. Dans un cas, l'hémorragie fut telle qu'elle nécessita l'hystérectomie. Dans un autre cas, l'hémorragie survint une heure après l'intervention et nécessita la pose de pince par voie vaginale. Ces incidents hémorragiques se sont considérablement améliorés avec la rachi-anesthésie.

Cette dernière présente, au point de vue de l'hémostase et des suites opératoires, des avantages tels que nous la préférons à l'anesthésie générale chaque fois que nous le pouvons.

L'anesthésique employé est la scurocaïne cristallisée à la dose de 10 centigrammes dilués dans 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Suivant la techni-

que de Daniel, de Bucarest, 10 c/m3 de liquide céphalo-rachidien sont prélevés et injectés par voie veineuse.

Antérieurement à la rachi-anesthésie, il est fait une injection de caféïne.

La tension artérielle prise dans le service d'une manière systématique, chez toutes femmes gravides, est suivie pendant l'intervention. Elle a pu, dans certains cas, nous faire prévoir des ennuis. L'hypotension importante de prœvia constitue pour nous une contre-indication à la rachi-anesthésie.

Il nous a été donné d'observer quelques complications, les unes légères : Céphalée tenace cédant habituellement à l'injection intra-veineuse d'eau distillée, rétension aigüe d'urine, vomissements.

Dans un cas observé pendant notre stage d'interne, la malade présenta une paralysie oculaire accompagnée d'un syndrome méningé.

La ponction lombaire ramena un liquide louche aseptique. Ces troubles cédèrent d'ailleurs assez rapidement.

Nous n'ignorons pas les dangers que présente ce mode d'anesthésie. Il nous a été donné d'observer deux cas de mort subite post-rachi-anesthésique bien que la technique suivie ait été toujours la même.

Malgré ces cas malheureux, notre Maître pratique encore ce mode d'anesthésie qu'il emploie chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication. L'amélioration de la technique de la rachi-anesthésie nous permettra, il faut l'espérer, d'obtenir un pourcentage moins élevé d'accidents.

La technique de la césarienne basse, suivie à la Ma-

ternité d'Alger, est la technique de Krœnig-Beck, vulgarisée en France par Brindeau.

Cette technique est caractérisée par l'incision transversale du péritoine vésico-utérin, incision longitudinale du segment inférieur, suture de ce dernier au catgut par plusieurs sutures étagées, enfin réfection du péritoine en redingote.

Dans quelques cas où la température, les touchers nombreux, l'état d'infection de la femme nous laissaient des doutes quant à la septicité de la cavité utérine, nous avons été conduits à pratiquer la césarienne extra-péritonéale par fermeture en hamac des péritoines pariétal et viscéral. Le drainage au Mickulicz a été employé dans quelques cas d'utérus très infecté.

La mortalité maternelle globale s'élève à 9 %.

Ce chiffre par trop élevé s'explique par une série de cinq décès observés dans le service en période d'été. Il convient de faire remarquer combien est difficile, en Algérie l'été, la marche des services hospitaliers. Le personnel hospitalier, habituellement en congé l'été, est d'un remplacement difficile. Il en résulte une désorganisation dont souffre la bonne marche des services hospitaliers. Il fut, en effet, possible après enquête, de retrouver l'explication de ces cinq décès successifs dans une faute de stérilisation que commettait l'infirmier-remplaçant proposé au Service de l'asepsie. Il faut remarquer, d'ailleurs, que l'Administration hospitalière assure de plus en plus, au prix de grands sacrifices, le remplacement de son personnel par du personnel qualifié. De pareilles fautes ne se rencontrent plus, bien heureusement, à l'heure actuelle.

Le chiffre de la mortalité a été, pour l'année 1931, de 2,5 %.

La mortalité fœtale nulle.

Dans un seul cas, la césarienne basse ayant été pratiquée pour procidence du cordon et souffrance fœtale, n'a pas permis d'extraire un enfant vivant.

LE PROBLÈME DE L'ORGANISATION OBSTÉTRICALE EN ALGÉRIE

Il est, à l'heure présente, indéniable que la césarienne supra-symphysaire constitue un progrès dans la pratique obstétricale. Elle devient par ses résultats, tant éloignés qu'immédiats, cette « autre méthode d'intervention » que souhaitait, en 1909, le Professeur Couvelaire, au Congrès de la Société Obstétricale de France.

Elle constitue le meilleur traitement de la dystocie pour le moins aussi sûr que la césarienne classique dans les opérations prophylactiques, indiscutablement supérieur dans les cas impurs.

La pratique de la césarienne basse doit entrer dans l'art obstétrical d'une manière absolue.

Un des griefs qui lui fut adressé est la difficulté opératoire opposée à la simplicité de la césarienne classique. Elle nécessite en effet un entraînement chirurgical particulier. Mais il appartient à l'accoucheur, vraiment digne du nom, de se mettre au niveau des progrès de son art. Il risquerait, sans cela, de justifier la boutade peu flatteuse de Farabœuf.

Si l'accoucheur doit être un médecin au sens le plus large du mot, comme le dit notre Maître le Professeur Laffont, dans sa leçon inaugurale, il doit être également un opérateur. Le temps n'est plus où les seules armes obstétricales étaient le forceps, le basiotripe, l'embryotome. Il n'est pas possible d'envisager la bonne marche d'une Maternité sans l'adjonction d'une salle d'opération à côté d'une salle de travail.

Un accoucheur doit savoir faire une césarienne supra-symphysaire comme il doit savoir faire une hystérectomie d'un utérus gravide lors d'une rupture utérine.

Sans nier l'utilité incontestable d'une collaboration de l'accoucheur et du chirurgien, la formule de l'avenir nous semble résider dans une synthèse obstétricochirurgicale. L'idéal doit être cette double formule en un seul opérateur.

Il reste beaucoup à faire en Algérie dans ce sens. La Maternité d'Alger est un bel exemple à suivre.

Notre Maître dit dans sa leçon inaugurale : « à Paris, les Maternités se sont orientées franchement vers une organisation chirurgicale complète. Pinard faisait appeler J.-L. Faure dans son service pour y pratiquer toutes les opérations nécessaires et guider les nouvelles générations d'accoucheurs. Bar, plus jeune, qui avait réimporté le premier en France, l'opération césarienne, devenait le défenseur des méthodes chirurgicales en obstétrique. Depuis, Brindeau, Jeannin, Couvelaire, pour ne parler que de l'école parisienne et toute la jeune obstétricie, ont contribué à développer ce mouvement chirurgical ».

Semblable évolution s'est passée à Alger.

L'accoucheur est maintenant à la Maternité d'Alger un opérateur. Il a été possible à notre Maître d'affirmer cette phrase :

« Alors que les années précédentes, les césariennes pratiquées d'urgence dans les services de garde avaient encore une certaine mortalité, les résultats de 1926 ont été de 100 % de succès pour les mères et pour les enfants ».

Ces chiffres se passent de commentaires.

Il serait souhaitable que, sur une moins grande échelle, pareille évolution se fasse en Algérie, loin de la capitale. L'exemple de la Maternité d'Alger est à suivre.

Le Gouvernement Général de l'Algérie a mis la question des femmes en couches au premier rang de ses préoccupations. Des essais d'organisation obstétricales ont déjà été tentés sous l'impulsion du Gouvernement Général mais de grands progrès sont encore à réaliser.

Notre assistance obstétricale en Algérie doit s'organiser. Notre Maître, le Professeur Laffont, conseille la création de centres obstétricaux dotés de moyens de transport automobiles ou autres. Ces centres obstétricaux assureraient une surveillance médico-obstétricale dont le contrôle général serait dévolu à un organisme directeur siégeant dans notre capitale.

Nous avons trop à la mémoire, la vision d'horribles drames, tel que celui d'une femme venant d'effectuer en automobile un voyage de près de 300 kilomètres avec une rupture utérine consécutive à une présentation de l'épaule négligée. Nous voyons encore, malheureusement trop souvent, les fistules vésico-vaginales d'origine obstétricales, quand elles ne sont pas vésico-recto-vaginales qui font, d'une femme jeune, un objet de répulsion dans leur famille.

Nous sommes pénétrés du rôle grandiose qui est dévolu aux générations jeunes qui ont eu la chance de pouvoir écouter la bonne parole et qui ont vu ce qu'il fallait faire.

Nous demandons la création de nouvelles Maternités loin de la capitale, ayant à leur tête des hommes spécialisés, des praticiens ayant autre chose qu'une expérience relative des lois de l'obstétrique.

Nous demandons la création de concours spécialisés exigeant des notions obstétricales et chirurgicales et qui permettront à ceux qui ont les compétences d'arriver à donner la juste mesure de leur activité.

Ces notions dépassent le cadre de notre modeste travail, mais ces idées nous sont trop chères et nous tiennent trop au cœur pour que nous ne les exprimions pas dans notre travail inaugural.

Et je ne puis que répéter cette phrase si éloquente de notre Maître :

« Je garde la conviction, que, le jour où par la diffusion progressive de tous les moyens scientifiques, nous aurons, dans ce pays, orienté tous nos efforts et toute notre énergie vers des buts de charité, de bonté et de civilisation, la France aura affirmé une fois de plus, avec son amour pour l'humanité, la grandeur de son œuvre coloniale ».

CONCLUSIONS

1° La césarienne itérative basse est une opération, en général, d'exécution plus facile que la césarienne itérative haute.

C'est une intervention beaucoup moins choquante parce qu'elle ne nécessite pas l'extériorisation ;

2° La cicatrice utérine de la césarienne basse est de meilleure qualité et les risques de ruptures sont diminués ;

3° Si une césarienne basse a été pratiquée antérieurement, il faudra renouveler l'intervention par voie basse quand se posera l'indication d'une nouvelle césarienne.

Dans le cas de difficultés dues aux adhérences, il faudra s'adresser à la voie haute.

Même lorsque une césarienne haute aura été pratiquée antérieurement, on pourra abandonner cette voie et adopter la voie basse.

La stérilisation de la femme sera habituellement pratiquée lors de la troisième ou quatrième césarienne et sur demande de la parturiante ;

4° La césarienne basse a été pratiquée avec succès à la Maternité d'Alger. Ces indications augmentent de plus en plus.

L'organisation obstétricale en Algérie est à faire. La mise en application d'un plan méthodique et la création de centres obstétricaux et de lutte contre la dystocie sont à organiser en Algérie.

BIBLIOGRAPHIE

ARNALDO DE MORAES. — Revue de Gyn. et obs. du Brésil (Août 1927). Cicatrice utérine dans l'opération césarienne.

ARTAEGA-PRESUO. — Revue de Med. et Chir. de la Habana 1917. Doble opération cesara por pelvis oblico coxalgica.

AUDEBERT. — Gyn. et Obs. 1924, page 367 : La cicatrice utérine après la section césarienne.

AUDEBERT et ESTIENNY. — Société Obs. et Gyn. de Toulouse (Mai 1931). Rupture utérine.

ANDERODIAS et BALARD. — Journal de Méd. de Bordeaux (Septembre 1931). Avenir obstétrical des femmes opérées de la césarienne basse (conduite à tenir lors des accouchements consécutifs).

L. AUBERT. — Revue française de Gyn. et Obs. (Mars 1921). L'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur.

L. AUBERT. — Congrès des gynécologues de langue française, 1921.

AUDEBERT et FOURNIER. — Bulletin de la Société d'Obs. et Gyn. de Paris, 1923. Réflexions sur une série d'opérations césariennes.

APPLEGATE. — American journal of obs. (Août 1919). Les indications de la césarienne basées sur l'analyse de 95 cas.

BAR. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921.

BALARD. — Bulletin de la Société d'Obs. et de Gyn. (Mars 1928). Césarienne itérative basse.

W. BACH. — Zts chr F. Gebur tsch und gynakal 1928 : Etude histologique de la paroi utérine après la 3e césarienne.

BALDASSRA. — Puglia ped Bari : Secondo parto césareo con amputatione utéro-ovarico.

BAR-BOUFFE-St-BLAISE. — Bulletin obs. et gyn. Paris 1914 : Suite de la discussion sur la conduite à tenir lorsque au cours d'une césarienne itérative on rencontre une lésion utérine due à l'opération antérieure.

BELL. — Lancet london, 1910. Cesarean section success fully performed Txice in the som patient.

BALARD. — De la nécessité absolue d'utiliser systématiquement la césarienne basse en dehors des cas rigoureusement purs. Société obs. et gyn. de Bordeaux, 1926.

BALARD et DENIS. — Sur un cas d'occlusion intestinale après césarienne haute. Société obs. et gyn. de Bordeaux (Mai 1927.

BEGLINS. — Bulletin obs. et gyn. de Paris (Janvier 1928). Rupture utérine après césarienne corporéale.

BENOIT. — De la césarienne itérative (8e Montpellier, 1912).

BOISSARD. — Question à propos d'une césarienne itérative : La volonté de la mère doit-elle être prépondérante dans le choix de l'opération (Bull. Société Obs. de Paris, 1905).

BOQUEL. — Opération césarienne faite pour la deuxième fois chez une rachitique (Bull. Obs. de Paris, 1904).

BOYD. — Report of six success full cesarean sections with som remarks in the repeated operation (Amer journ. obst. N. Y., 1909).

BRINDEAU. — Des difficultés de l'opération césarienne chez la même femme. Obst. Paris, 1909.

BRINDEAU. — Société Belge de gyn. obs. (Juillet 1930). Le pronostic de la césarienne basse. Suites éloignées.

BEGHIN. — Trois observations de ruptures utérines après césarienne antérieure. Réunion obs. de Lille.

P. Balard et J. Planes. — Revue de Gyn. et d'obst. de Bordeaux (Novembre 1920). De la conduite à tenir après les césariennes au cours des grossesses et des accouchements consécutifs.

Butner. — Technique de l'opération césarienne transpéritonéale. Revue française de gyn. et obs. (Janvier 1923).

Charpenay. — Opération césarienne itérative troisième suivie de section et de ligature des trompes. (Loire med. St-Etienne, 1908).

Cheval. — Césarienne itérative dans un cas d'utérus et de vagin cloisonnés. Bruxelles med. (20 Juillet 1930).

Cheval. — Césarienne itérative. Bruxelles med. (2 Juillet 1928).

E.-L. Cornill. — Annales obs. et gyn. (Aaoût 1929). Cas of ruptured uterus folluwing classicam cesaream section.

Cohen Solal et Devraigne. — Rupture de l'utérus après césarienne classique. Hystérectomie. Bull. de la Société Gyn. et obs. de Paris (Mars 1929).

Ed. Chapulliot. — Contribution à l'étude de la césarienne supra-symphysaire transpéritonéale. (Thèse, Alger, 1927).

Couvelaire. — Avenir obs. des femmes ayant subies une section césarienne sur le corps de l'utérus. (Gyn. et Obs tome 2, n° 4).

Commandeur. — Sur un cas de césarienne itérative. (Bull. de la Société obs. de Paris, 1909).

Chatillon. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. (Revue gyn. et obs. (Octobre 1924).

G. Dossena. — Année d'obs. et gyn. (Mars 1929). Rupture spontanée de l'utérus après section du segment inférieur.

G. Dujol. — Bull. Société obs. et gyn (Mars 1929). Césarienne itérative pour bassin ovalaire.

DELMAS. — Bull. Société obs. de Paris, 1911 : Opération césarienne itérative 40 heures après le début du travail et 30 heures après la rupture des membranes.

DEVRAIGNE. — Rupture de l'utérus. (Bull. de gyn. et d'obs., Mars 1927).

DUVILLIERS et PALLIEZ. — Impossibilité de pratiquer une césarienne itérative basse par suite d'adhérences très développées au niveau du segment inférieur. (Revue obs. et gyn. de Lyon, Mars 1931).

DEVRAIGNE et BANZET MEYER. — Société d'obs. et gyn. de Paris (Mars 1930). 4 cas de fistules utéro-pariétales consécutives à des césariennes hautes.

DEMELIN. — Contribution à l'étude anatomo-physiologique du muscle utérin Paris Méd., 1912.

DEMELIN. — De la contraction utérine et des dycinésies corrélatives. Gaston Douin et Cie, Ed. à Paris.

DANS FORTH et R. M. GRIER. — Analysis of 124 case of lown cervical cesaream section. Prox. Inst. Chicago.

ELTEN. — Ein Beitrag zum wederbalten Kaiser Schmitt, 8e Erlanden. 1910.

EPARVIER. — 4 césariennes basses. Société Obs. et gyn. de Lyon (Mai 1931).

FOURNIER. — Césarienne itérative suivie d'hystérectomie subtotale Histologie de la cicatrice. (Bull. de la Société de Gyn. Os., Février 1929).

FOURNIER et RASCOL. — Césarienne itérative. (Société Obs. et Gyn. de Toulouse, Novembre 1924).

FABRE. — Opération césarienne itérative dans bassin aplati succès pour la mère et l'enfant. (Bulletin de la Société de Chir. de Lyon, 1907).

FABRE-CONVERT. — Un cas d'opération césarienne itérative. (Bull. Société obs. de Paris, 1911).

FRUMHINSHOLZ. — De l'opération césarienne répétée chez la même femme, adhérences utéro-pariétales et pronostic fœtal. (Annales de gyn. et obs. de Paris, 1906).

FRUMHINSHOLZ. — Césarienne itérative. (Société obs. de Nanvy, 1927).

GACHE. — Deux observations d'opération césarienne dont une répétée avec succès. (An. de gyn. obs. de Paris, 1904).

GARIPUY. — L'opération césarienne itérative. (Presse méd. Paris, 1909).

GARIPUY. — Utérus enlevé pour adhérences douloureuses. (Société obs. et gyn. de Toulouse, Mai 1931).

GARIPUY. — Réflexion sur trois césariennes classiques pratiquées en trois 1/2 sur la même femme. (Société d'obs. et gyn. Toulouse, Janvier 1928).

GROSSE. — Résultat de la césarienne basse. (Revue française de Gyn. et d'obs., Décembre 1929).

GAUCHERAND. — Présentation d'un utérus prélevé après opérations césariennes multiples. (Bull. d'obs. et gyn. Paris, Mars 1929).

GILLES. — Césarienne itérative conservatrice. (Bull. de méd. obs. et gyn. de Paris, 1912).

GREEN. — The repeated section. (Boston med. et chir. journ., 1909).

GELLE. — Contribution à l'étude de la césarienne basse transpéritonéale. (Thèse Lille, 1930).

GAIFAMI. — A propos de 50 cas d'opérations césariennes transpéritonéales sur le segment inférieur. (Rev. d'obs. et gyn., Janvier 1923).

GREENHILL. — (American med. Journal obs. and gyn. 1928, page 294).

HUMISTON. — Multiple cesarean section both nigh and low operation. (Tr. Amer. Ass. obs. et gyn., 1911).

R. Hellwith. — Spontaneous rupture of utérus in laparotomy (Mümchen und Woschen Schrifft, Janvier 1928).

Hauch. — Gyn. et Obs., 1925, Tom. XI, page 317.

Julien. — Rev. obs. et gyn. Paris, Avril 1929.

Jung. — Bull. Société Belge gyn. obst. 1930, n° 3.

Kerr. — Cesarean section twice perfomed. (Glasgow med. Journ., 1904).

Kouwer. — L'avenir des femmes après la césarienne classique. (Gyn. obs., Mars 1930).

Kouwer. — Opération césarienne haute absolument extra-péritonéale. (Gyn. obs. 19, n° 6, 1929).

Kouwer. — Complications après la section corporéale. (Gyn obs., Novembre 1929).

Laffont. — VIe Congrès des gyn. et obs. de langue française.

Laffont. — Algérie méd. (Février 1927) : La Maternité d'Alger.

Laffont-Larribère. — A propos de neuf césariennes itératives. (Société obst. et gyn. d'Alger, Octobre 1927).

J.-B. Delee. — Americam journ. of obs. et gyn., Décembre 1298. Repeated laparotrochelotomy 91 cases.

Laffont-Houel-Jahier. — Sur les dix premiers cas de césariennes basses pratiqués à la clinique obs. d'Alger. (Société obs. et Gyn. d'Alger, Décembre 1926).

J.-B. de Lee. — Les nouvelles techniques de l'opération césarienne. American journ. med. Assoc., 1919.

J.-B. de Lee. — The low or cervical cesarean section under local anesthesia. (Surg. gyn. et obs., Février 1924).

Marion. — Une césarienne classique itérative. (L'Union méd. du Canada n° 3, Mars 1930).

MARIOTON. — Le pronostic éloigné de l'opération césarienne classique à propos d'une série de 23 opérations césariennes classiques itératives. (Arch. mensu. d'obs. et gyn. de Paris, 1912).

MARKOE. — Cesarean section follwing a previous extra peritoneal cerarean section. (N. Y. Med. Journ., 1919).

MURPHY. — A second caesarean setion. (Indian med. Gass Calcutta 1915).

E. MACIAS de TORRES. — Technique de la suture utérine dans l'opération classique. (Revue Espagn. d'obs. et gyn. de Madrid, Mai 1928).

MORISSON-LACOMBE. — Thèse Paris, 1920.

MARASSI. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale. (Thèse Paris, 1925).

OUI. — Opération césarienne itérative suivie d'hystérectomie. (Ech. Meéd. du Nord-Lille, 1908).

OULIE. — Bull. de la Société d'obs. et gyn. de Paris (Novembre 1927).

PAUCOT. — Un cas de césarienne itérative. (Bull. de Société d'obs. et gyn. de Paris, 1912).

PAUCOT. — Quelques cas de césariennes transpéritonéales basses. (Réunion obs. de Lille, Octobre 1927).

PINARD. — 2 opérations césariennes pratiquées chez la même femme pour deux présentations du front. (Comp. rendu Société obs. et gyn. de Paris, 1909).

PLAUCHU. — Un cas d'opération césarienne itérative. (Bull. de la Société d'obs. de Paris, 1908).

PLAUCHU. — Opération césarienne pratiquée pour la quatrième fois chez la même femme. Hystérectomie substotale. (Lyon méd., 1931).

PERY-BALLARD-MONGE. — Fréquence des ruptures utérines après les césariennes. (Société d'obs. et gyn. de Bordeaux, Novembre 1928).

PHANEUF. — La césarienne supra-symphysaire. (Bruxelle Méd., Mai 1924).

RAW. —Ceserean section twice and embryotomy once inthe some patient recovery of mother and child. (Journ. obs. et gyn. brit. emp., Janvier 1902).

V. RASCOL. — La cicatrice utérine après la section césarienne. Etudes anatomique et physiopathologique. (Thèse Toulouse, 1923).

ROEB. — Placenta preavia central et rupture utérine par désunion de la cicatrice d'une césarienne corporéale. (Réunion obs. de Straourg, Mai 1920).

SCHOCKASERT. — 3 opérations césariennes pratiquées sur la même femme dans l'espace de huit ans. (Bull. de la Société Belge de gyn. et obs. Bruxelle, 1911).

SPENGER. — Cesarean section thres times on the same patient. (Lancet London, 1918).

TURENNE. — Choix de l'opération de Portes ou la césarienne basse. (Rev. Méd. de l'Urugay, Janvier 1929).

TALLANT. — Repeated cesarean section in septate uterus. (Atlantic. M. J., Août 1926).

TAYLOR. — Fallopian tubes ligatured twide at previous operations and removed in the case of a third caesarean section. (Brit. gyn. Journ., London 1904).

TROUTT. — Repeated caesarean section with report of case (Mil Surg, Août 1927).

VORON-TIXIERS. — Opération césarienne itérative pratiquée trois ans après la première opération. (Bull. de la Société de Chirur. Lyon, 1907.

WARD. — Multiple cesarean section. (Pacific. Coast Journ. Nurs San-Francisco, 1918).

VOITURIEZ-BONNET-LABORDERIE. — A propos de deux cas de césarienne itérative conservatrice. (Bull. Société Obs. et Gyn. de Paris, 1914).

Walker. — Ruptur of uterus after praevious ces. section. (Rochester Royal Society Med., Janvier 1926).

Wetterwald. — A propos de l'avenir obs. des femmes ayant subies la césarienne transpéritonéale basse. (Gyn. obs Février 1926).

Vermelin. — Accouchement spontané après césarienne suprasymphysaire. (Bull. de Société obs. et gyn. de Paris. 1921).

Zarate. — Revue obst. et gyn. Paris, Janvier 1928.

Vu :
Le Président de Thèse,
LAFFONT.

Vu : *Le Doyen,*
E. LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 15 Avril 1932.
Le Recteur,
TAILLIART.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

Plan 14

CHAPITRE Ier.

La Césarienne itérative basse 15

Observations de Césariennes itératives 18

CHAPITRE II.

La Césarienne itérative corporéale 30

CHAPITRE III.

La Césarienne basse après la Césarienne corporéale 39

CHAPITRE IV.

La Césarienne corporéale après la Césarienne basse 44

CHAPITRE V.

Valeur anatomique et ponctionnelle de l'utérus césarisé par voie basse 46

CHAPITRE VI.

Conduite à tenir dans les Césariennes itératives .. 50

La Césarienne supra-symphysaire à la Maternité d'Alger 51

Le problème de l'organisation obstétricale en Algérie 55

Conclusions 59

Bibliographie 61

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

— Téléphone : 39-34 —

IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2
ALGER

— Téléphone : 39-34 —